

4. Бубнова, М.Г. COVID-19 и сердечно-сосудистые заболевания: от эпидемиологии до реабилитации / М.Г. Бубнова, Д.М. Аронов // Пульмонология. – 2020. – Т. 5. – С. 688–699.
5. Козлов, И. А. Сердечно-сосудистые осложнения COVID-19 / И. А. Козлов, И.Н. Тюрин // Вестн. анестезиологии и реаниматологии. – 2020. – Т. 17, № 4. – С. 14-22.

**УДК 159.9.01**

## **МЕЖДУНАРОДНАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ ФУНКЦИОНАЛЬНОСТЕЙ – ФИЛОСОФИЯ И ПРАКТИКА ПРИМЕНЕНИЯ**

*Лоллини В.А., Лоллини С.В.*

УО «Витебский государственный народов медицинский университет»

В 2001 году, на 54-й сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения была единогласно одобрена и затем издана полная версия «Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья» - сокращенно МКФ (International Classification of Functioning, Disability and Health, сокращенно – ICF) которая пришла на смену «Международной классификации нарушений, ограничений жизнедеятельности и социальной недостаточности», МКН (International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps (ICIDH)) [2].

В международных классификациях ВОЗ изменения здоровья (болезнь, расстройство, травма и т.п.) изначально классифицированы в МКБ -10 (аббревиатура «Международной классификации болезней, 10-го пересмотра»), которая определяет их этиологическую структуру. Функционирование и ограничения жизнедеятельности, связанные с изменениями здоровья, классифицируются в МКФ. Таким образом, МКБ-10 и МКФ дополняют друг друга, и медицинской общественности рекомендуется применять обе классификации совместно [1]. К сожалению, в РБ сведения об использовании данной, весьма нужной классификации, ничтожны [3]. Не предпринято никаких попыток популяризации и внедрения данной классификации.

МКФ построена на основе следующих важных принципов: 1) универсальность, 2) утилитарность, 3) нейтральность, 4) достоверность, 5) валидность, 6) сопоставимость, 7) акцент на позитивных аспектах, 8) взаимодействие с факторами окружающей среды, 9) интерактивность.

В соответствии с этими принципами данная классификация применяется ко всем людям, независимо от состояния здоровья и возраста. Между ее элементами не существует линейной прогрессивной связи и, более того, реабилитационные вмешательства могут напрямую преобразовывать некоторые элементы МКФ и таким образом изменять общее состояние конкретного человека. Согласно МКФ, болезнь или иное изменение состояния здоровья вследствие травмы или других факторов вызывает изменение человеческого функционирования на одном или более уровнях: функционирование на уровне организма или органа; функционирование человека, отраженное в «деятельности», которую он способен выполнять; функционирование человека в социальном окружении, что отражается в участии человека в общественной жизни.

МКФ имеет две части, каждая из которых состоит из двух составляющих: Часть 1. Функционирование и ограничения жизнедеятельности – (а) функции и структуры организма; (б) активность и участие. Часть 2. Факторы контекста – (а) факторы окружающей среды; (б) личностные факторы.

Каждая составляющая может быть представлена как *позитивными*, так и *негативными* терминами и состоит из различных доменов, а внутри каждого домена – из категорий, которые являются единицами классификации. Эти домены описаны с позиций организма, индивида и общества посредством следующих основных перечней: 1) функции и структуры организма (B-Body), 2) активность (A-Activity) и участие (P-Participation). Показатели здоровья и показатели, связанные со здоровьем индивида, могут быть зарегистрированы посредством выбора соответствующего кода категории с добавлением *определителей*, которые являются числовыми кодами, определяющими степень или величину функционирования (ограничений жизнедеятельности) в этой категории или величину того, в какой степени фактор окружающей среды выступает как фактор облегчения или барьер.

В клинических условиях МКФ используется для оценки функционального состояния организма, при постановке задач, планировании и мониторинге лечения, для измерения результатов лечения.

МКФ может быть использована, для формирования и социальной политики: при определении критериев групп инвалидности (I, II, III); в формировании политики искоренения дискриминации инвалидов; определении общей политики по отношению к нетрудоспособным группам населения.

В научной литературе описано применение МКФ при проведении научных исследований в области педиатрии, травматологии и ортопедии.

Внутри каждой составляющей домены группируются согласно их общим характеристикам и располагаются в смысловом порядке. Классификация построена в соответствии с рядом принципов. Эти принципы относятся к взаимосвязанности уровней и иерархии классификации (порядок уровней). Структурные признаки классификации, которые имеют отношение к ее использованию. МКФ дает стандартные рабочие определения доменов здоровья и доменов, связанных со здоровьем, в противоположность «общеупотребляемым» определениям здоровья. Определения содержат традиционно используемые фиксированные пункты для оценки, поэтому они могут быть переведены в опросники. С другой стороны, результаты существующих оценочных методик могут быть кодированы в терминах МКФ. Функциональная классификация использует буквенно-цифровую систему, в которой буквы – b, s, d, e, используются для обозначения функций (b) и структур (s) организма, активности и участия (d) и факторов окружающей среды (e). За этими буквами следует числовой код, который начинается с номера раздела (одна цифра), за которым следуют обозначения второго уровня (две последующие цифры), третьего и четвертого уровня (по одной цифре каждый). Все три составляющие классифицируемые в МКФ (функции и структуры организма, активность, и участие и факторы окружающей среды) измеряются с помощью единой шкалы. В зависимости от составляющей, наличие проблемы может означать нарушение, ограничение или ограничение возможности, препятствие. К соответствующему домену классификации должны подбираться подходящие определяющие слова, указанные ниже в скобках (знак xxx стоит вместо кода домена второго уровня):

**xxx.0** НЕТ проблем (никаких, отсутствуют, ничтожные,...) 0–4%

**xxx.1** ЛЕГКИЕ проблемы (незначительные, слабые,...) 5–24%

**xxx.2** УМЕРЕННЫЕ проблемы (средние, значимые,...) 25–49%

**xxx.3** ТЯЖЕЛЫЕ проблемы (высокие, интенсивные,...) 50–95%

**xxx.4** АБСОЛЮТНЫЕ проблемы (полные,...) 96–100%

**xxx.8** не определено

**xxx.9** не применимо

Широкий диапазон процентных значений дан для тех случаев, когда для количественных измерений степени нарушений, ограничений или барьеров (препятствий) доступны градуированные методики оценки или другие стандарты. Первый вариант предпочтительней, так как идентифицирует воздействия и признаки более точно. В процессе кодирования отдельных пунктов разным пользователям может быть необходимо и полезно добавление другого рода информации. Описания доменов здоровья и доменов, связанных со здоровьем, относятся к данному конкретному моменту, т. е. это моментальная фиксация увиденного. Однако их многократное использование во времени дает возможность характеризовать траекторию разворачивания процесса во времени и по существу. В реальной жизни, в которой будет использоваться МКФ, чтобы адекватно оценить ситуацию до второго (три цифры) уровня детализации, понадобится от 3 до 18 кодов. Обычно более подробная 4-х уровневая версия используется при специальных исследованиях (например, при изучении эффективности реабилитации, в гериатрии), тогда как 2-х уровневая классификация может использоваться при эпидемиологическом мониторинге и оценке эффективности вмешательств.

## Литература:

1. Международная классификация функционирования и ограничений жизнедеятельности и здоровья [Электронный ресурс] // Мед. статистика и орг. метод. работа в учреждениях здравоохранения. – 2017. – № 5. – С. 13-27. – Режим доступа: <https://rucont.ru/efd/606336>. – Дата доступа: 12.11.2020.
2. Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья. – Женева : ВОЗ, 2001. – 342 с.
3. Смычек, В.Б. Новые подходы к проведению реабилитации в свете основных положений Международной классификации функционирования, ограничения жизнедеятельности и здоровья / В.Б. Смычек, С.П. Кускова, Т.Д. Рябцева // Мед. новости. – 2015. – № 4. – С. 10-13.

## УДК 616.1(476)

### ГЕНДЕРНЫЕ РАЗЛИЧИЯ ФАКТОРОВ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В ГОРОДСКОЙ РАНДОМИЗИРОВАННОЙ ПОПУЛЯЦИИ (ПО ДАННЫМ 5-ТИ ЛЕТНЕГО ПРОСПЕКТИВНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ)

*Подпалов В.П.<sup>1</sup>, Журова О.Н.<sup>1</sup>, Сурунович Ю.Н.<sup>1</sup>, Подпалова О.В.<sup>2</sup>,  
Маханькова А.В.<sup>3</sup>*

<sup>1</sup> УО «Витебский государственный медицинский университет»

<sup>2</sup> Республиканский научно-практический центр «Кардиология»,

<sup>3</sup> Ореховская участковая больница, Ореховск, Беларусь

**Введение.** Одной из актуальных проблем кардиологии является изучение гендерных различий в развитии сердечно-сосудистых заболеваний. Так по данным Белстата за 2019 год в Беларуси ожидаемая продолжительность жизни женщин составляет 79,4 лет, а мужчин – 69,3 [1]. Вероятно, разрыв в ожидаемой продолжительности жизни в 10-12 лет предопределен гендерными физиологическими различиями, но по-видимому существенную роль играет и особенности профиля факторов сердечно-сосудистого риска в женской и мужской популяциях.

Дебют и исходы сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) у женщин и мужчин имеют определенные отличия. Так у женщин ССЗ возникают, по меньшей мере, на 10 лет позже, что вероятно связано с действием эстрогенов, которые выполняют протективную роль к началу менопаузы, однако в период менопаузы риск развития ССЗ значительно повышается [2]. Вместе с тем, в различных эпидемиологических исследованиях показано, что и распространенность факторов риска ССЗ имеет гендерные особенности и их роль в прогнозе исходов этих заболеваний недооценена [3].

**Цель работы.** оценить гендерные различия факторов риска ССЗ по данным 5-ти летнего проспективного исследования.

**Материал и методы.** Проспективное 5-летнее наблюдение (2007/2008 гг. – 2012/2013 гг.), проведенное в рандомизированной популяции г. Витебска, включало 3500 человек, отобранных методом случайных чисел (1700 и 1800 человек, обслуживающихся на территории поликлиники № 6 и № 3, соответственно). Всем обследуемым была заполнена регистрационная карта профилактического обследования, которая включала социально-демографические данные (возраст, пол, адрес проживания), стандартные опросники по кардиологической анкете, информацию о перенесенных заболеваниях, антропометрию (рост, вес, окружность талии), а также данные инструментальных (электрокардиография) и лабораторных методов исследования (биохимического исследования сыворотки крови с определением липидного спектра, глюкозы, креатинина, мочевой кислоты, С - реактивного протеина и микроальбумина в моче).

При 1-ом скрининге (2007/2008 гг) было обследовано 3421 человек (охват 97,9% ), из них женщин – 1884 (55,4%), мужчин – 1545 (44,6%). Средний возраст ставил 38,3±0,2 года. При 2-ом скрининге (2012/2013 гг.) обследовано 2888 человек (охват 84,3%), из них женщин – 1615 (55,9%), мужчин – 1273 (44,1%). Средний возраст ставил 43,6±0,2 года. За 5-ти летний период наблюдения 101 человек умер (2,9%), 436 человек выбыло (12,7%) и 2 отказались от обследования (0,1%).